1885-1886 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE N° 25
DE BORDEAUX

ÉTUDE

SUR LES

GROSSES HERNIES INGUINALES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement, le 24 Mars 1886

PAR

LOUIS-DOMINIQUE POEY-NOGUEZ

Né le 6 Septembre 1857, à Géronce (Basses-Pyrénées)

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NOMS DES EXAMINATEURS

LANELONGUE, *Président.*
AZAM.
DUDON.
PIÉCHAUD.

BORDEAUX
Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD
91, Rue Porte-Dijeaux, 91

1886

1885-1886 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE N° 25
DE BORDEAUX

ÉTUDE

SUR LES

GROSSES HERNIES INGUINALES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement, le 24 Mars 1886

PAR

LOUIS-DOMINIQUE POEY-NOGUEZ

Né le 6 Septembre 1857, à Géronce (Basses-Pyrénées)

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NOMS DES EXAMINATEURS

LANELONGUE, *Président.*
AZAM.
DUDON.
PIÉCHAUD.

BORDEAUX

Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD

91, Rue Porte-Dijeaux, 91

—

1886

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. — M. DENUCÉ.. Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
BITOT..... }

	Messieurs
Anatomie	BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ, agrégé.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER.
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT.
	PITRES.
Clinique chirurgicale	BOURSIER, agrégé.
	LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN.
	RONDOT.
	ARTIGALAS.
	LANDE.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER.
	PIÉCHAUD.
	LAGRANGE.
	DEMONS.
	DUDON.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie	PLANTEAU.
Histoire naturelle	PÉRIER.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	BLAREZ.
Pharmacie	CARLES.

MAITRES DE CONFÉRENCE :

Accouchements	MM. LEFOUR.	Histoire naturelle.	MM. PÉRIER.
Anatomie topographique	PIÉCHAUD.	Physique	BERGONIÉ
		Chimie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enf.	MM. NÉGRIÉ	Maladies vénériennes.	MM. VENOT.
Clinique chir. des enf.	BITOT.	Maladies mentales	N.

Le Secrétaire de la Faculté, F. LAMBERT DES CILLEULS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE & DE MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR LANELONGUE

Professeur de Clinique Chirurgicale.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOURSIER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

INTRODUCTION

La plupart des auteurs distinguent dans les hernies quatre degrés. Dans le premier, pointe de hernie, la hernie s'engage dans l'anneau inguinal interne et refoule devant elle le fascia transversalis. Le second degré ou hernie interstitielle est caractérisé par ce fait, que la hernie, refoulant le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse, se trouve logée dans l'épaisseur du canal inguinal. Dans le troisième degré, la hernie est sortie de ce canal et forme tumeur dans le pli de l'aine, c'est le bubonocèle. Enfin, la hernie descend dans le scrotum, c'est le quatrième degré, l'oschéocèle.

Dans ce travail, nous avons uniquement en vue la hernie du quatrième degré et encore, parmi celles-là, n'étudions-nous que la hernie dont le volume est considérable et ayant au moins la grosseur du poing, et que nous désignons sous le nom de grosse hernie.

Notre intention première était de comprendre dans ce travail toutes les grosses hernies, mais nous avons préféré nous borner à l'étude des grosses hernies inguinales, pour ne pas donner à notre travail une trop

grande extension, et pour mieux étudier ce point de l'histoire des hernies volumineuses. D'ailleurs, il est incontestable pour tout le monde, que la hernie inguinale est beaucoup plus fréquente que la hernie crurale et, à plus forte raison, que les autres variétés. Kingdon (1) donne les chiffres suivants : chez les hommes, 1 hernie crurale pour 32 inguinales; chez la femme, à peu près autant des deux variétés. C'est encore parmi les hernies inguinales que l'on rencontre les hernies ayant atteint un volume considérable, tandis que les hernies crurales atteignent rarement le volume du poing.

Nous définirons la grosse hernie inguinale: la sortie des viscères à travers le canal inguinal par suite de la contraction des muscles abdominaux et donnant lieu à une tumeur scrotale ou labiale atteignant au moins le volume du poing.

Nous avons divisé ce travail en six chapitres :

1° *Etiologie.*

2° *Etude anatomo-pathologique.*

3° *Etude clinique des symptômes.*

4° *Complications.*

5° *Diagnostic et pronostic.*

6° *Traitement, ses résultats.*

Cette Thèse nous a été inspirée par M. le professeur agrégé Boursier; qu'il nous soit permis de lui exprimer toute notre gratitude pour ses bons et savants conseils, et pour les notes personnelles qu'il a bien voulu mettre à notre disposition.

(1) *Trus Society.*

ÉTUDE

SUR LES

GROSSES HERNIES

Inguinales

CHAPITRE PREMIER

De l'Étiologie.

Dans l'étiologie des grosses hernies inguinales nous devons considérer deux sortes de causes capables de les engendrer : les unes prédisposantes, telles que : le sexe, l'âge, la profession, la constitution de l'individu ; les autres déterminantes, les efforts violents, la faiblesse des tissus, les mauvais bandages, les mauvaises réductions, la négligence du taxis.

Dans les hernies inguinales en général, nous trouvons, d'après un rapport de la Société des bandages de Londres, qu'il y aurait environ 10 hernies inguinales chez l'homme contre

1 hernie inguinale chez la femme. Ces chiffres, au dire de Kingdon, ne sauraient être d'une régularité parfaite, car cette statistique s'appuie sur le nombre de bandages distribués; or, les femmes se présentent moins volontiers et surtout elles ont moins souvent à renouveler leur bandage. Nous nous associons volontiers à sa façon de penser. Cloquet s'éloigne beaucoup de ces chiffres; il donne une moyenne de 4 hommes pour 1 femme. Malgaigne se rapproche bien plus des chiffres de la Société des bandages et donne comme moyenne 8 hommes pour 1 femme. Dans les observations de grosses hernies que nous avons recueillies sur différents auteurs, et qui atteignent le chiffre de 108, nous trouvons 87 grosses hernies inguinales chez l'homme et 14 chez la femme; dans les autres, le sexe n'était pas déterminé, ce qui donne 6,2 pour 1.

De toutes ces statistiques, il résulte que la hernie inguinale est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et nous en trouvons la raison dans ce fait, que l'homme exerce des professions plus pénibles que la femme et surtout que la disposition anatomique du canal inguinal de celle-ci est bien moins favorable à la sortie de l'intestin à travers cette région.

La fréquence des hernies inguinales, abstraction faite des hernies congénitales présente son maximum dans la période de 25 à 30 ans. Il n'en est plus de même lorsqu'on examine les grosses hernies de cette région, car les faits nous apprennent qu'elles sont rares dans l'enfance. Nous n'avons trouvé dans nos observations qu'un seul cas au-dessous de 20 ans. De 20 à 30 ans 10 cas, de 30 à 40 ans 10 cas aussi, de 40 à 50 ans 16 cas, de 50 à 60 ans 22 cas, de 60 à 70 ans 14 cas, de 70 ans et au-dessus 13 cas. Ces chiffres plaident hautement pour la fréquence des grosses hernies dans l'âge mûr et la vieillesse, encore faut-il ne pas oublier que la mortalité va toujours croissante et que des chiffres relativement faibles ont alors une toute autre portée. Cela s'explique d'ailleurs si l'on remarque que la faiblesse des tissus chez les vieillards est une cause fréquente des hernies volumineuses.

Certaines professions semblent prédisposer aux hernies volumineuses. Quoique peu explicites à cet égard, nos observations nous donnent cependant un relevé établissant que les professions pénibles et demandant des efforts, telles que celles de maçon, journalier, homme de peine, menuisier, charretier, infirmier, sabotier, gens de peine en un mot, sont plus exposés à avoir des hernies et à les voir prendre des proportions considérables.

Outre les efforts auxquels les condamnent leurs professions, on pourrait peut-être mettre en cause la nourriture souvent insuffisante de ces gens et par là-même une faiblesse relative dans les tissus. Malgaigne, en effet, a divisé les hernies en hernies de force et hernies de faiblesse. Dire qu'il existe exclusivement des hernies de force et des hernies de faiblesse est une affirmation avancée. Il n'est pas douteux cependant que la hernie de force ne survient que parce que les tissus sont faibles; comment autrement expliquer, parmi les gens exerçant la même profession, exposés aux mêmes efforts, la présence de ces tumeurs chez les uns et leur absence chez les autres. Comment peut-on dire qu'une hernie vient de la faiblesse constitutionnelle ou de l'effort violent? La question nous semble difficile à résoudre et c'est pourquoi nous n'y insisterons pas.

Le climat, d'après Malgaigne, ne serait pas étranger à la fréquence des hernies. Nous pouvons supposer que la constitution des hommes du Nord, constitution où règne le lymphatisme, serait la cause de la fréquence de la production de ces hernies. Une existence laborieuse pourrait y être aussi pour quelque chose. Les hommes des pays chauds, au contraire, mènent une vie oisive, par cela même ils sont moins prédisposés à ces accidents. Il nous serait difficile de dire si la différence de race peut exercer une influence sur la fréquence des hernies comme l'a prétendu Malgaigne. Les diathèses peuvent encore avoir une part dans la production des hernies par cela seul qu'elles affaiblissent l'organisme,

mais nous n'insisterons pas; cette question mériterait une étude approfondie.

Nous venons de citer les causes qui prédisposent aux hernies inguinales volumineuses; nous devons maintenant nous occuper de celles qui les déterminent. Parmi les causes déterminantes nous devons citer les efforts tels que le soulèvement des fardeaux, la défécation, la toux, le vomissement, le coït, les chutes sur les membres inférieurs. Les mauvais bandages ou les bandages mal appliqués doivent aussi rentrer dans cette classe. Le défaut de réduction ou la mauvaise réduction sont aussi des causes fréquentes de l'augmentation des hernies. Sur les quelques observations que nous avons recueillies, nous avons remarqué qu'un certain nombre de sujets n'avaient jamais porté de bandage, 8 cas. D'autres, après l'avoir porté quelque temps, l'avaient abandonné, 2 cas; d'autres se contentent d'appliquer leur bandage sur la hernie mais sans la réduire complètement. Dans 3 cas, des bandages imparfaits retenaient mal la hernie. Dans 4, les malades portaient le bandage un jour, le laissaient le lendemain. Dans 2 cas ils avaient attendu plusieurs années avant de se décider à faire usage du bandage. Nous ferons observer que sur nos 108 observations, dans 25 seulement il est fait mention du mode de contention, et que dans 4 cas seulement on fait remarquer que le malade maintenait bien sa hernie; aussi n'est-il pas étonnant que ces hernies, qui n'étaient pas maintenues ou l'étaient mal, aient acquis un volume considérable. D'ailleurs, Gosselin (1) n'oublie pas d'assigner à ces causes une large place dans la production des grosses hernies.

Parlerons-nous des habitudes? La question est encore bien vague et aussi ne nous y appesantirons-nous pas. On a dit que les religieux, qui surtout se nourrissent de légumes, sont spécialement sujets à la production des hernies, nous en

(1) *Leçons cliniques*, publiées par Labbé, en 1865.

relevons un exemple dans Scarpa (1). On a encore cité comme prédisposés les gens alcooliques ou plutôt ivrognes. Nous avons rencontré deux cas, l'un dû à M. Broca (2), l'autre à M. Chauffard (3). Faut-il attribuer au régime végétal des religieux la fréquence des hernies inguinales? Faut-il aussi faire jouer à l'habitude de boire un rôle dans la production des grosses hernies? Nous croyons plutôt à de simples coïncidences. D'ailleurs, les observations sont trop peu nombreuses et trop peu concluantes pour nous permettre de ranger l'habitude dans l'étiologie des grosses hernies inguinales.

(1) Scarpa, *Traité des Hernies*, obs. III.
(2) Broca, *Bull. Société chir.*, Paris, 2e série, t. VIII, p. 329, 1867.
(3) Chauffard, *Bull. de la Société d'anat.*, Paris, 1882, p. 350, obs. IV.

CHAPITRE II

Etude anatomo-pathologique.

Il nous paraît convenable de tracer en quelques mots l'anatomie normale du canal inguinal et le mode habituel de production des hernies avant d'entreprendre la description des modifications survenues soit dans le trajet, soit dans les enveloppes, soit dans le contenu de la hernie, ce qui forme le sujet de ce chapitre.

Le canal inguinal se dirige de haut en bas, de dehors en dedans et d'arrière en avant. La longueur moyenne est de 28 à 30 millimètres. Les auteurs lui distinguent quatre parois.

La paroi antérieure est formée par l'aponévrose du muscle grand oblique, et par les fibres les plus inférieures de ce muscle.

La paroi postérieure est formée par le fascia transversalis

La paroi inférieure offre la forme d'une gouttière qui se compose dans sa moitié antérieure des fibres les plus infé-

rieures de l'aponévrose du muscle grand oblique et dans la moitié postérieure de cette partie du fascia transversalis qui se contourne pour descendre au devant des vaisseaux fémoraux.

La paroi supérieure est formée par des fibres musculaires des muscles petit oblique et transverse.

Les orifices du canal inguinal ont été distingués en supérieur et inférieur.

L'orifice supérieur ou orifice abdominal à peu près demi-circulaire présente deux bords; le bord interne décrit une courbure très prononcée dont la concavité regarde en haut et en dehors. Le bord externe est un peu curviligne vertical à peine accusé du reste. Il est circonscrit par le fascia transversalis qui se déprime pour pénétrer dans le canal.

L'orifice inférieur, dirigé en bas, en dedans et en avant, résulte de l'écartement des fibres du grand oblique. On lui considère deux bords ou piliers, le pilier inférieur, le pilier supérieur; deux extrémités, l'externe et l'interne. Le pilier inférieur concave s'insère à l'épine du pubis, le pilier supérieur rectiligne s'attache au devant de la symphise pubienne qu'il dépasse. Au-dessus de ce pilier se trouve un plan de fibres moins large qui passe obliquement sur la symphise pour aller se fixer au bord supérieur du pubis et l'épine pubienne du côté opposé en se prolongeant jusqu'à la crête pectinéale, c'est le ligament de Gimbernat.

Des deux extrémités de l'anneau, l'externe dirigée en haut, est arrondie et présente beaucoup de variétés. L'interne dirigée en bas répond au corps du pubis et plus profondément aux ligaments de Colles et de Gimbernat.

Sous l'influence des actions mécaniques répétées produites par le frottement, la pression, l'issue et la rentrée des viscères, le canal inguinal peut subir dans les grosses hernies certaines modifications. Les faisceaux fibreux et tendineux qui limitent ces orifices exposés à des pressions continues, sont comme dissociés, écartés les uns des autres et offrent un défaut de

résistance qui les rend impropres à former l'orifice. L'anneau supérieur se dilate du côté interne, l'anneau inférieur, au contraire, du côté externe; leurs dimensions augmentent, le trajet oblique tend à disparaître, ils finissent par se correspondre, quelquefois même par se confondre, et le trajet d'abord oblique, devient alors direct et ne présente, pour ainsi dire, qu'un seul orifice. Cette dilatation du canal inguinal ne doit pas être cependant considérée comme une conséquence fatale des grosses hernies, car nous relatons, dans un cas dû à M. Dupont (1), et où la hernie descendait jusqu'au genou, que les piliers, formant l'orifice inférieur de ce canal, n'étaient pas de beaucoup aussi écartés que l'aurait fait supposer le volume considérable de la hernie. Il peut quelquefois se développer dans son intérieur des noyaux de tissu adipeux, ainsi que nous l'avons vu dans une observation de M. Godin (2).

Le ventre est déprimé dans les grosses hernies, particulièrement dans celles dont le volume est considérable. Cela se comprend car l'intestin est souvent irréductible dans ces cas et a perdu, pour ainsi dire, droit de domicile dans le ventre. Les parois abdominales n'étant plus distendues par cette masse intestinale se rétractent, d'où cet applatissement du ventre.

Sans nous occuper des opinions anciennes, nous devons dire en quelques mots quel est le mécanisme habituel de la formation de la hernie.

Le péritoine, repoussé par les viscères au niveau du point faible, se déprime d'abord en godet; c'est par glissement sur les bords de l'orifice fibreux du canal que se fait l'invagination; cette invagination a d'abord la forme d'un doigt de gant, mais quand le développement de la hernie a acquis certaines dimensions, elle se trouve munie d'un véritable sac qui présente une partie profonde, un corps et un collet ou partie

(1) Obs. de M. Dupont, *Revue médicale de la Suisse Romande*, t. I, p. 253, avril 1881, obs. V.

(2) Obs. de M. Godin, *Bull. de la Société d'anat. de Paris*, 1835, p. 10.

rétrécie qui est en rapport avec les anneaux fibreux ou les canaux qui leur font suite.

Dans les hernies récentes, le péritoine est plissé tout autour de l'orifice, comme l'orifice d'une bourse dont on serre les cordons; mais à mesure que la hernie vieillit, ces plis disparaissent pour faire place à des lignes blanches très rayonnantes ou à de petites crêtes saillantes et rudes dues à une inflammation adhésive et que Cloquet désigne sous le nom de stigmates.

La formation des grosses hernies est identique, car, comme le dit Laugier (1) : « Quel que soit le siège et le mode de formation des hernies elles n'ont pas d'abord un volume considérable, ce sont les plus anciennes qui en général, si elles n'ont pas été réduites ou maintenues, sont les plus volumineuses; cela se conçoit puisque une fois formées elles deviennent beaucoup plus sensibles à l'action des causes efficientes, l'anneau qui leur livre passage se trouvant dans un état continuel de dilatation. »

Au point de vue anatamo-pathologique, examinons d'abord les modifications survenues dans l'enveloppe. Dans les hernies anciennes on voit quelquefois le sac s'hypertrophier, s'infiltrer de substances plastiques, s'épaissir en un mot, ou bien sa surface se tapisser de fausses membranes; sa surface peut ainsi devenir inégale et bosselée, le sac peut devenir, par suite de son épaississement, inextensible et peut alors se déchirer pendant les efforts faits pour réduire la hernie. Ce sac, au lieu de pénétrer dans le canal inguinal sans altérer la connexion des différents éléments qui constituent le cordon, a pu s'insinuer dans l'intervalle de ces parties et nous avons vu, dans une observation d'Asthley Cooper (2), l'artère spermatique et les veines se trouver à la partie externe du sac tandis que le canal déférant se trouvait à sa partie antérieure. Il

(1) *Dictionnaire de médecine*, publié en 1837, t. XV.

(2) *Anatomie et traitement chirurgical des hernies*, Londres, 1814. (Travail traduit par Richelot, 1841.)

peut se faire aussi que la tunique vaginale, sans doute congénitalement en continuité avec la cavité péritonéale, ait formé le sac de la hernie; nous pourrions en citer trois exemples dus à M. Gosselin (1).

Examinons maintenant le contenu du sac dans les hernies volumineuses. Parmi nos observations, dans 60 seulement il est fait mention du contenu de la hernie, nous avons rencontré 17 fois l'intestin grêle seul dans la tumeur scrotale. Dans 13 observations on ne spécifiait pas si l'on avait affaire à l'intestin grêle ou au gros intestin. Cependant, d'après ce que disent les auteurs et comme nos observations semblent nous le montrer, la présence du gros intestin est beaucoup plus rare dans les hernies inguinales que celle de l'intestin grêle. Aussi pensons-nous que dans ces 13 observations, celui-ci se trouvait le plus souvent en cause. Dans 8 cas nous avons rencontré l'intestin grêle accompagné d'une portion d'épiploon, 2 fois le mésentère associé à l'intestin grêle faisait hernie. L'S iliaque, l'appendice épiploïque et l'intestin grêle se sont rencontrés une fois réunis dans la tumeur. L'intestin grêle et le gros intestin 1 fois. L'intestin grêle avec le cæcum dans 1 cas; le gros intestin seul 1 fois; le côlon seul 2 fois; le côlon et l'iléon 1 fois; l'S iliaque seul dans 3 cas; le cæcum avec l'épiploon 2 fois; l'épiploon seul sans anse intestinale dans 5 cas. MM. Roux (2), Piedvache (3) et Duret, (4) ont observé chacun un cas dans lequel la vessie avait pénétré en partie à travers le trajet inguinal et formait avec d'autres organes le contenu de la hernie. Nous devons à M. Chauffard (5) une observation où le contenu de la hernie n'était autre que le gros intestin au niveau de l'S iliaque et du rectum; nous croyons ce cas assez rare, car le rectum nous paraît, par sa

(1) *Clinique chirurgicale de la Charité*, par Gosselin, p. 501, obs. VII.
(2) *Bull. de la Société de chir.*, 1re série, t. III, p. 368-392, 1853, obs. X.
(3) *Bull. de la Société d'anat.*, 1861, p. 46, obs. XI.
(4) *Revue mensuelle de chir.*, 10 mai 1880, due à M. Ledoux.
(5) *Bull. de la Société d'anat.*, 1882, p. 350, obs. IV.

position anatomique, peu prédisposé à pénétrer dans le canal inguinal.

Nous croyons pouvoir conclure que dans la plupart des hernies volumineuses le contenu du sac est formé par l'intestin grêle. Nous trouvons dans Laugier (1) un passage à l'appui de notre conclusion; il dit : Les hernies inguinales sont en général plus grosses que les crurales et peuvent acquérir un volume énorme, descendre par exemple jusqu'à la partie inférieure des cuisses. Le volume varie encore suivant les parties contenues. Les hernies intestinales seront plus grosses que les hernies épiploïques, l'épiploon pouvant bien se charger de graisse, mais n'offrant pas ces variations de volume des intestins si propres à dilater énormément l'ouverture herniaire par leur distention et à favoriser, par leur retrait, l'issue d'une nouvelle quantité des parties.

Outre ces différents viscères nous avons rencontré dans le sac des liquides divers. Dans 6 cas de la sérosité citrine. Dans 2 cas de la sérosité sanguinolente. Dans 2 cas encore du sang noir et visqueux. Dans 1 cas un liquide chocolat provenant de la décomposition du sang. Une fois un liquide fétide spécifié par cette el seuqualité dans l'observation.

Bien que nous n'ayons à citer que quelques cas où nous ayons rencontré des liquides, cependant la chose est plus commune que nous ne pourrions le faire croire par les quelques faits que nous avons recueillis et ceci tient sans doute à ce que les observateurs ont négligé de signaler ce fait. D'après les auteurs, la sérosité est assez commune dans les sacs herniaires spécialement dans les hernies anciennes. Richter (2) s'exprime ainsi au sujet des hernies épiploïques anciennes en particulier : « Ce n'est pas chose rare de rencontrer une quantité de fluide assez considérable amassé dans le sac des hernies épiploïques anciennes qui ont été seulement suspen-

(1) *Dictionnaire de médecine*, publié en 1837, t. XV, article *Hernie*.
(2) Richter, *Traité des Hernies* (traduit par Rougemont), t. II, p. 7.

dues par un bandage. Ce fluide, dans les différents états et les différentes circonstances de la maladie, est de couleur et de consistance différente. Rarement en assez grande quantité pour s'attirer une attention particulière, mais aussi il est quelquefois en quantité si considérable qu'il devient une seconde maladie ajoutée à la première. Pott a été plus d'une fois obligé de lui procurer une issue afin de faire cesser les inconvénients qui résultaient de son poids et de la distension du scrotum qu'il a vu aussi se gangréner lorsqu'on a négligé cette opération.

Ces modifications ne sont pas les seules que l'on rencontre dans les grosses hernies. Entre le sac et les organes herniés, entre les organes herniés eux-mêmes, on observe parfois des adhérences intimes. Malgré la déférence que nous avons pour l'opinion de M. Gosselin, qui déclare les cas d'adhérences très rares, car sur soixante-six opérés dans l'année 1864, il prétend n'avoir trouvé aucun cas, et qui déclare même ne pas avoir rencontré d'exemple dans ses dissections sur les cadavres, nous pensons, avec M. Bourget d'Aix (1), que ces adhérences ne sont pas aussi rares qu'il le suppose. Nos observations nous apprennent de plus que ces adhérences sont fibreuses, la plupart du temps, pseudo-membraneuses et quelquefois celluleuses. Nous avons trouvé des adhérences dans 25 cas; 13 cas d'adhérences entre le sac et les organes herniés, 5 cas d'adhérences entre l'intestin l'épiploon et le sac, 1 cas entre l'intestin et le testicule. Dans 3 cas ces adhérences étaient très étendues, formées par un tissu fibreux très vasculaire, plutôt néoplastique qu'inflammatoire. Dans 3 cas ces adhérences étaient intimes. Dans plusieurs cas encore nous avons trouvé des brides nombreuses ayant souvent donné lieu à l'étranglement.

Le volume considérable qu'atteignent certaines hernies

(1) *Mémoire sur l'étranglement dans les hernies compliquées d'adhérences. (Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1880.)

anciennes mérite d'attirer notre attention. Beaucoup sont de la grosseur du poing, mais c'est le terme que nous avons choisi comme représentant le volume des plus petites hernies parmi celles que nous étudions. Nous citerons comme exceptionnelles des hernies ayant acquis des volumes extraordinaires. Nous trouvons dans Sarrazin (1) que Velpeau signale un cas d'après Fabre, qui avait $0^{m}90$ de circonférence, l'historien anglais Gibbon était atteint d'une hernie congénitale tellement volumineuse qu'elle lui descendait presque jusqu'au genou. Parmi nos observations nous signalerons les suivantes : Une due à Bonnemaison (2), qui avait 31 centimètres de long sur 40 de circonférence. Une seconde due à Thiery (3) qui descendait jusqu'à 2 centimètres du genou. Une troisième observation est due à Dupont (4), elle descendait jusqu'au genou. Enfin une quatrième due à Broca (5), elle avait 54 centimètres de diamètre.

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article *Hernie inguinale.*
(2) *Bull. général de thérapeutique*, p. 358.
(3) *Bull. de l'académie de médecine de Belgique*, t. XV, nº 6, 1881, obs. XII.
(4) *Revue médicale de la Suisse Romande*, t. I, p. 257, avril 1881, obs. V.
(5) Broca, *Bull. de la Société de chir. de Paris*, 2e série, t. VIII, p. 329, 1867.

CHAPITRE III

Étude clinique des symptômes.

Les hernies que nous étudions se présentent sous l'aspect de volumineuses tumeurs remplissant le scrotum ou la grande lèvre et le pli de l'aine. Leur grosseur est excessivement variable. Beaucoup ont le volume du poing, d'autres dépassent ce volume, atteignent fréquemment la grosseur d'un petit melon; d'autres enfin atteignent des volumes énormes, descendent jusqu'au genou; nous avons cité des exemples dans le chapitre précédent.

Chez l'homme elles forment des tumeurs ovales ou bien pyriformes, dont la partie rétrécie occupe la partie supérieure du scrotum et le pli de l'aine, ce qui constitue leur pédicule. Chez la femme elles sont plutôt globuleuses et n'atteignent que rarement ce volume énorme que l'on voit assez souvent dans l'autre sexe. Le volume à lui seul entraîne une certaine gêne dans la marche chez les individus porteurs de semblables hernies.

La hernie volumineuse est le plus souvent régulière; cependant parfois une constriction transversale ou longitudinale peut la diviser en plusieurs lobes. Ledeberden (1) cite l'exemple d'une hernie bilobée; l'un des lobes occupait le canal inguinal et l'autre, beaucoup plus volumineux, remplissait le scrotum. Nélaton (2), dans ses leçons publiées par M. Gilette, parle d'une entéro-épiplocèle constituée par trois tumeurs superposées; la supérieure occupait le pli de l'aine, la moyenne le scrotum et l'inférieure, constituée par le testicule, se trouvait au-dessous. Le docteur Dunlop (3) opéra une dame atteinte d'une hernie volumineuse divisée en deux par une constriction longitudinale. M. Doyen (4) signale un autre cas; l'une des loges, vide d'intestin, contenait du liquide, l'autre supérieure contenait une anse intestinale longue de 20 centimètres. Il peut se faire que la hernie paraisse bilobée sans l'être réellement; cette apparence peut être due soit à une petite hernie juxtaposée mais distincte de la première, soit encore à toute autre tumeur comme dans le cas signalé par Demeaux (5) où l'on observait une tumeur très dure, très mobile, à paroi très épaisses et osseuses, enfermée dans un kyste séreux communiquant avec le sac herniaire.

Ordinairement la peau du scrotum n'a changé ni de température ni de coloration, parfois et surtout dans ces hernies ayant un volume considérable, elle peut être tendue, amincie, devenir le siège d'un érythème plus ou moins persistant.

L'apparition des hernies peut être brusque et acquérir en peu de temps un volume considérable; nous croyons cependant ces cas rares, car nous n'avons pas trouvé d'exemple. La hernie, après être restée longtemps stationnaire, peut tout

(1) *Bull. de la Société d'anat. de Paris*, 1868, obs. XIV.
(2) *Idem*, 1862, obs. XIII.
(3) *The Lancet*, 8 février 1879, p. 193.
(4) *Bull. de la Société d'anat.*, Paris, 1856, p. 460.
(5) *Idem*, Paris 1848, p. 51.

à coup, sans cause apparente, prendre de vastes proportions, telle que celle que nous signale M. Péan (1). Elle était restée stationnaire pendant sept ans et avait en six mois acquis des proportions considérables. La hernie se développe graduellement. Ce sont les cas les plus fréquents.

Le porteur de la hernie volumineuse est souvent affaibli, le plus souvent un vieillard qui en est plus ou moins incommodé. Il est peu susceptible de faire de grands efforts à cause du défaut de résistance des parois abdominales.

Si l'on palpe la tumeur, on s'aperçoit qu'elle est molle, dépressible, peu tendue, fluctuante dans quelques cas. Si l'intestin est enfermé dans le sac, on éprouve la sensation de gargouillement produite par les gaz qui y sont contenus, phénomène qui n'existe pas lorsque l'épiploon seul forme la tumeur. Le testicule est ordinairement perdu au milieu des anses intestinales ou bien forme une tumeur distincte reconnaissable à sa sensibilité spéciale et à sa consistance; ou bien encore, si surtout la hernie est congénitale, le testicule a pu ne pas descendre dans le canal inguinal, et est resté dans la cavité abdominale.

La tumeur peut être complètement réductible, réductible seulement en partie, irréductible. Sur 39 observations où il est fait mention de la réductibilité ou de l'irréductibilité de la hernie, nous avons trouvé 18 cas où elle était complètement réductible. Il arrive parfois que la hernie réductible ne peut être maintenue réduite à cause du long séjour qu'ont fait les viscères au dehors de la cavité abdominale et dont la conséquence a été la rétraction de ses parois. Alors la hernie réduite donne lieu à certains accidents à cause de la compression qu'éprouvent les viscères; le malade est souvent affecté de troubles gastro-intestinaux, de douleur violente; l'inflammation elle-même pourrait s'ensuivre, mais ces accidents disparaissent lorsqu'on laisse de nouveau les viscères sortir

(1) *The Lancet*, 29 janvier 1876.

de la cavité abdominale ; si l'on a pratiqué la réduction d'une semblable hernie, le malade lui-même, vaincu par la douleur, ne tarde pas à se débarrasser du bandage et à prévenir ainsi les complications que nous venons de signaler. Laugier (1) dit : « Quand une hernie est ancienne, et que depuis longtemps les intestins n'ont pas été replacés dans la cavité abdominale, c'est à la réduction que l'on peut souvent attribuer la douleur; en effet, quelques-unes ne se manifestent qu'après cette réduction, et cessent par l'issue nouvelle des parties. »

Dans 8 cas, la tumeur n'était réductible qu'en partie. On peut attribuer cette réductibilité partielle soit à des adhérences d'une certaine portion du contenu, soit encore à la perte de l'élasticité des parois abdominales qui, rétractées par l'absence d'une partie de l'intestin dans leur cavité, ne veulent plus l'admettre à sa place primitive, de sorte qu'elle a, pour ainsi dire, perdu droit de domicile dans la cavité abdominale. Quelquefois la hernie se réduit en deux temps; l'anse intestinale se réduit, l'épiploon reste au dehors et parfois il se réduit de lui-même quelques instants après.

Dans 13 cas nous avons trouvé la hernie complètement irréductible. L'irréductibilité peut être due à de courtes adhérences avec la paroi du sac, comme nous en avons signalé des cas dans le chapitre précédent, à l'hypertrophie des organes contenus dans la hernie comme dans l'exemple de Signorani (2), soit encore au développement anormal du tissu adipeux dans les parois abdominales comme dans le cas de J. L. Petit (3), enfin à la production des brides membraneuses développées dans le trajet du canal inguinal ou à ses orifices. Laugier s'exprime ainsi : « Lorsqu'une hernie est ancienne et qu'elle est irréductible ou seulement réductible en partie, on peut soupçonner qu'il existe des

(1) *Dictionnaire de médecine*, publié en 1837, article *Hernie*.
(2) Padoue, *Annales universelles de médecine*, juin 1837, obs. XV.
(3) *Mémoire à l'Académie de chirurgie*, t. IV, p. 316, obs. XXIII.

adhérences. Cependant une hernie réductible pourrait l'être avec son sac qui aurait, lui, contracté des adhérences avec les viscères, et d'autre part, la hernie irréductible pourrait contenir des viscères non adhérents, mais d'un volume disproportionné avec l'ouverture qui leur a livré passage. »

La hernie volumineuse peut elle-même se réduire spontanément lorsque le malade est dans le décubitus dorsal pour réapparaître dans la station verticale au moindre effort; si après avoir réduit la tumeur on engage le doigt dans la direction du trajet inguinal on constate que le canal estdilaté, direct et permet au doigt de pénétrer dans la cavité abdominale. Si à ce moment on fait tousser le malade on perçoit que la masse refoulée se tend et transmet au doigt un choc concomitant à l'effort développé par la toux. Le cordon est senti habituellement sur la partie externe de la grosse hernie, car la plupart des grosses hernies sont des hernies obliques externes; on peut aussi le rencontrer en avant.

La percussion révèle que la hernie est mate ou sonore ou bien mate dans un point, sonore dans l'autre. Dans le premier cas on a affaire à une masse compacte d'épiploon ; dans le second à l'intestin et enfin, dans le dernier cas, à l'intestin et à l'épiploon réunis.

La présence d'une grosse hernie développe parfois des troubles gastro-intestinaux, caractérisés par des coliques et de la dyspepsie, dus au tiraillement exercé sur l'estomac par la masse des viscères qui a fait saillie à l'extérieur de la cavité abdominale. Peut-on attribuer à ces tiraillements les déplacements que nous remarquons dans un cas dû à M. Michon (1). L'estomac était très déformé; les extrémités cardiaque et pylorique étaient en position ; il était allongé, replié sur lui-même, la partie la plus inférieure était au niveau de l'angle sacro-vertébral; le cæcum en place, l'intestin grêle était en arrière de l'estomac et des côlons sans déplacement notable.

(1) *Bull. de la Société d'anat.*, Paris, 1858, p. 2, obs. XVI.

Des phénomènes douloureux peuvent se développer du côté de la tumeur et sont des névralgies dues sans doute à la compression et à l'irritation des nerfs qui pénétrent dans le trajet inguinal. D'après Velpeau les gens qui mènent une vie oisive seraient les plus sujets à ces douleurs. Scarpa signale un religieux atteint de grosse hernie, qui depuis longtemps avait des coliques presque continuelles.

CHAPITRE IV

Complications.

Le volume excessif des hernies inguinales peut être considéré comme une de leurs fâcheuses complications soit à cause de la gêne qu'il occasionne, soit à cause des autres troubles fonctionnels qui en sont la conséquence. Nous en avons parlé assez longuement dans les chapitres précédents pour ne pas y insister.

Une hernie en appelle une autre, a dit Malgaigne; nous signalerons quelques cas de hernies multiples. Tantôt il se forme une hernie symétrique, tantôt une seconde hernie vient se surajouter à la première. Sarrazin (1) cite le cas de Cooper qui trouva six hernies inguinales chez le même sujet. Verneuil (2) a constaté 3 hernies chez le même sujet. Bathurst Woodmann (3) cite l'observation d'un malade atteint d'une

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, article *Hernie inguinale*.
(2) *Société de chirurgie de Paris*, 1865.
(3) *Clinican lectures and reports*, London, 1865.

grosse hernie et d'une plus petite du côté opposé. Nélaton (1) cite un cas analogue; Lejard (2), Piedvache (3), Dunlop (4), citent chacun un cas de petite hernie qui était venu compliquer la grosse hernie qui existait longtemps avant. Ces cas ne nous paraissent pas trop rares et nous remarquons que ces petites hernies coïncidaient avec de volumineuses tumeurs réductibles. Ne pourrait-on pas attribuer leur apparition à cette réductibilité elle-même. La hernie réduite maintenue par un bandage, a toujours une tendance à s'échapper. Nous pouvons supposer qu'entre les viscères qui remplissaient le sac et la paroi abdominale peut se glisser une anse intestinale qui, lors de la sortie de la hernie primitive, sera entraînée avec une portion du péritoine qui lui formera un sac et viendra au devant de l'ancienne tumeur former une nouvelle hernie. Si le bandage maintient rigoureusement la tumeur, nous ne verrons pas ces petites hernies superposées, mais des petites hernies symétriques. En effet, les parois abdominales ayant perdu une partie de leur élasticité à cause de l'absence prolongée d'une partie de l'intestin, celle-ci sera maintenue par le bandage, mais ces pressions continues finiront par découvrir un point faible qui sera souvent du côté opposé à l'ancienne tumeur, d'où ces tumeurs symétriques que nous avons signalées.

Nous lisons dans les auteurs que l'hydrocèle n'est pas rare comme complication des grosses hernies. Nous ne croyons pas devoir prendre cette assertion à la lettre; nous avons des exemples qui nous prouvent son existence, mais nous ne la croyons pas aussi fréquente. Sur les 108 observations, nous n'en avons que deux où l'hydrocèle vient compliquer la hernie. L'une est due à Bard (5), l'autre à Robert Weir (6).

(1) *Bull. de la Société d'anat.*, Paris, 1862, p. 27, obs. XIII.
(2) *Idem*, Paris, 1883, p. 58. obs. XIII.
(3) *Idem*. Paris, 1861, p. 46, obs. XI.
(4) *Lancet*, 8 février 1877, p. 193.
(5) *Lyon medical*, 1875, janvier, obs. XVIII.
(6) *Bull. de la Société d'anat.*, Paris, 1882, p. 350, obs. XVIII.

Les auteurs signalent encore comme complication des hernies volumineuses, le varicocèle.

Dans l'épaisseur des plis des masses épiploïques se développent aussi parfois des kystes séreux désignés sous le nom d'hydrocèles épiploïques. La quantité des liquides épanchés est très variable. Velpeau et Scarpa signalent des cas où l'épanchement atteignait 2 ou 3 litres. Pott et Maréchal citent des exemples analogues ; les épanchements sont produits souvent assez brusquement après réduction par le taxis d'une hernie étranglée. Il semble alors provenir de la cavité abdominale et présente une grande analogie avec les écoulements séreux de fâcheux pronostic qui suivent quelquefois la kélotomie ; mais ces cas de vastes épanchements sont des exceptions, et la plupart du temps on rencontre à peine une ou deux cuillerées d'un liquide séro-sanguinolent tenant en suspension quelques flocons de fibrine.

Nous citerons comme complication ou plutôt comme coïncidence curieuse un exemple de cancer développé dans l'anse intestinale herniée, et rapporté par M. Chauffard (1), un cas de sarcocèle dû à M. Léon Moutay (2).

Nous avons rencontré aussi un cas de sphacèle du pied existant concurremment avec une hernie volumineuse ancienne et qui aurait pu être la conséquence de la gêne de la circulation apportée par la tumeur dans les vaisseaux qui se rendent dans cette région. Cette observation est due à M. Mignot de Chancelle (3).

M. Leroux (4) rapporte un exemple de thrombose des veines iliaques primitives et de la veine cave inférieure sans œdème des membres inférieurs.

Les douleurs assez violentes peuvent venir compliquer la

(1) *Bull. de la Société d'anat. de Paris*, 1882, p. 350, obs. IV.
(2) *Lyon médical*, 1880, janvier.
(3) *Bull. de l'Académie de médecine*, t. IX, n° 40.
(4) *Bull. de la Société d'anat.*, Paris, 1877, p. 148, obs. XII.

présence de la hernie, mais la plupart du temps la tumeur est indolente.

Les troubles gastro-intestinaux provenant de tiraillements incessants de la tumeur sur l'estomac et les autres viscères, comme nous l'avons déjà dit, viennent plus souvent atteindre les vieillards porteurs de ces hernies volumineuses.

Parlerons-nous des troubles fonctionnels de la vessie renfermée dans le sac comme on en a vu des cas ou bien des troubles de la défécation venant de ce que l'intestin grêle, le gros intestin et même le rectum, comme dans un cas, font partie de la tumeur.

La rupture du sac de la hernie peut se produire. Nous lisons à ce propos le passage suivant dû à Fabre (1) : « La rupture du sac herniaire est un fait rare, mais qui a été cependant observé un grand nombre de fois ; lorsque la hernie acquiert un volume considérable, les parois du sac s'amincissent, car l'extension peut dépasser ce degré où elle produit l'épaississement. C'est pour cela que dans les hernies anciennes et volumineuses, on peut apercevoir quelquefois, à travers les parois du sac, le mouvement péristallique des intestins. C'est donc pour cela que l'on trouve parfois des hernies sans sac parce que l'extensibilité de celui-ci ayant atteint ses limites, il est entièrement détruit ou ne se conserve qu'au niveau de l'orifice. Aussi, dans certaines hernies, ne trouve-t-on pour toute enveloppe, sur la plus grande étendue de la tumeur, que la peau et le tissu cellulaire (Cooper). Quelquefois le sac se crève par l'effet d'une violence extérieure ; alors les parties qu'il renferme s'échappent de sa cavité et se placent immédiatement au-dessous de la peau ; j'ai observé avec M. Brickenden de Southwark un cas de hernie inguinale qui présentait cette complication. Boyer rapporte des cas de ce genre. » Si nous nous associons volontiers à l'idée de rupture des grosses hernies signalée par M. Fabre, nous ne pouvons pas admettre

(1) *Dict. des dict. de médecine*, t. VI, p. 616.

que le sac des hernies soit complètement détruit comme il le dit; nous n'avons pas trouvé des cas de ce genre et les auteurs classiques ne signalent pas cette complication. Nous pensons que M. Fabre a émis cette idée s'appuyant sans doute sur des observations où le sac devait être si intimement uni aux parois de la hernie qu'ils ne formaient plus qu'un et l'on avait cru alors à la destruction de ce sac.

Nous pouvons citer deux cas où non seulement le sac, mais encore la paroi abdominale était rompue, de sorte que les viscères faisaient saillie au dehors. L'un est dû à M. Frey (1), l'autre, à M. Schœffer (2).

Boussi (3) a signalé l'existence d'une congestion pulmonaire coïncidant avec une grosse hernie inguinale compliquée d'étranglement. Ledoux (4), dans sa Thèse, en signale une autre. Ceci nous prouve que pas plus que les autres les grosses hernies inguinales ne sont à l'abri de cette complication de l'étranglement.

On a observé aussi l'existence de bourses séreuses au devant des sacs herniaires produites par la compression et le frottement du bandage.

Mais les accidents les plus redoutables des grosses hernies sont l'engouement, l'inflammation et l'étranglement. L'engouement considéré longtemps comme une complication fréquente des grosses hernies, avait été oublié pour ainsi dire pendant quelques temps après les travaux de Malgaigne qui prétendait n'en avoir jamais rencontré d'exemple bien concluant. Nous ne croyons pas à la fréquence de cette complication, mais, comme Broca, nous disons que cette complication est possible et nous ajoutons même qu'elle existe, car nous avons trouvé des observations qui ne laissent aucun doute sur son exis-

(1) Hayem, t. XI, p. 642, obs. XIX.
(2) Bamnichrs, *Aryth suttelligenzff*, n° 19, § 202, 1883, obs. XX.
(3) *Bull. de la Société d'anat.*, Paris, 1878, p. 59, obs. XXI.
(4) Thèse de Paris, 1873.

tence. MM. Dowell (1) cite un exemple où l'anse herniaire était pleine d'excréments indurés. M. Michel (2) cite un cas où l'intestin était distendu par des liquides. Ledeberden (3) en signale aussi un où l'intestin était gorgé de liquide. Marc Girard (4) cite un cas où M. Labat, après avoir fait l'incision des parois de la tumeur, ne put réduire la hernie et se décida à faire une incision sur l'intestin qu'il trouva plein de matières fécales. Hulke (5), une autre où la palpation donnait la sensation de masses dures de matières fécales. Dans quelques-uns de ces cas, l'engouement avait donné lieu à l'étranglement et nécessité la kélotomie.

Les symptômes de l'engouement, et nous entendons par ce mot l'occlusion intestinale par des matières solides et liquides, peuvent simuler ceux de l'inflammation et de l'étranglement, ce qui fait la difficulté du diagnostic. Il est de fait que des matières fécales arrêtées dans une anse intestinale remplissent le rôle d'un corps étranger et peuvent développer une inflammation et consécutivement un étranglement. Les symptômes généraux de l'engouement tels que les observations que nous connaissons nous les fournissent sont les suivants : Dans tous les cas la constipation était opiniâtre, des nausées existaient dans le cas cité par Bouchard (6) ainsi que dans celui de Marc Girard, dans les cas de M. Dowell de Goyraud (7), de Ledeberden, de Hulke, des nausées et des vomissements ; ces vomissements étaient fécaloïdes dans le cas de Ledeberden, dus probablement à l'étranglement consécutif. L'état général était bon dans tous les cas excepté celui de Ledeberden où la prostration était complète. Le ventre était ballonné, la tumeur augmentée de volume, irréductible, mate dans la

(1) Thèse d'agrégation de Broca, Paris, 1853.
(2) Thèse de Paris, 1870.
(3) *Bull. de la Société d'anat.*, Paris, 1868, p. 530, obs. XIV.
(4) Thèse de Paris, 1868, obs. XXIV.
(5) *The lancet*, vol. II, p. 693. 1878.
(6) *Dictionnaire de médecine.*
(7) *Idem.*

plupart des cas, indolore excepté dans le cas de Marc Girard où la tumeur, d'abord indolente, devint douloureuse à la pression après la tentative de taxis infructueux. En résumé, nous trouvons une tumeur irréductible, augmentée de volume, indolente, mate à la percussion avec constipation opiniâtre, nausées et parfois vomissements alimentaires mais qui peuvent présenter les caractères des vomissements de l'étranglement.

L'inflammation est l'accident le plus fréquent dans les grosses hernies. Malgaigne a distingué quatre degrés d'inflammation. Dans le 1er degré, qui consiste dans le travail phlegmasique, qui développe les adhérences et parfois de la sérosité, il n'y a aucun symptôme apparent. Dans le 2e degré, la hernie est irréductible et il y a un peu de douleur à la pression; le sac contient du liquide, la tumeur est dure et pâteuse, mate; il n'y a pas de fièvre et les fonctions de l'intestin s'effectuent régulièrement. Dans le 3e degré il y a de la douleur s'irradiant vers l'abdomen et de la constipation. Jusqu'ici, comme nous le verrons tout-à-l'heure, on peut facilement établir le diagnostic différentiel entre l'étranglement et l'inflammation, mais au 4e degré toutes les difficultés surgissent pour différencier ces deux accidents, car les symptômes ont beaucoup d'analogie entre eux et l'étranglement vient si souvent compliquer l'inflammation qu'il est, à un moment donné, difficile de dire si c'est de l'inflammation ou si l'on a affaire à l'étranglement. Dans ce 4e degré surviennent les nausées, les vomissements biliaires même fécaloïdes, la fièvre; mais ces symptômes sous l'influence d'une médication antiphlogistique, restent stationnaires et même finissent par disparaître, ce qu'on ne remarque pas dans l'étranglement.

L'étranglement est un accident grave qui peut compliquer la grosse hernie inguinale. La plupart des auteurs le considèrent comme rare à cause de la dilation et de la direction que prend le canal inguinal. Cependant, dans beaucoup

de nos observations, nous avons rencontré l'étranglement. Dans 63 cas il a fallu recourir à la kélotomie. Dans la majorité des cas l'étranglement était manifeste. Bien que nous ne prenions pas ce chiffre comme exact, car nous sommes persuadés que beaucoup de hernies volumineuses ne sont pas publiées parce qu'elles ne présentent aucune particularité intéressante, nous n'hésitons pas à considérer l'étranglement comme une complication assez fréquente. Les symptômes de l'étranglement se distinguent par leur acuité et la réaction générale qu'ils exercent sur l'organisme des symptômes de l'inflammation. La tumeur est augmentée de volume, elle est irréductible, dure, mate ou à sonorité exagérée, souvent très douloureuse; la constipation est opiniâtre avec absence complète d'émission de gaz; le ventre est ballonné, douloureux; le malade est en proie à des coliques violentes. A la suite de ces premiers accidents surviennent des nausées puis des vomissements d'abord alimentaires et bilieux et puis fécaloïdes. En même temps que le pouls devient petit, filiforme, les traits s'altèrent, le malade est très abattu et la température s'abaisse. L'étranglement dans les grosses hernies présente les mêmes symptômes que dans les hernies ordinaires, mais ces symptômes présentent une marche lente qui parfois fait croire à une simple inflammation et laisse le chirurgien tranquille, tandis que les désordres surviennent assez vite et étonnent ensuite par leur gravité. Bien que le diagnostic soit difficile dans certains cas, l'absence complète d'émission de gaz et les vomissements fécaloïdes nous feront cependant croire à l'étranglement.

CHAPITRE V

Diagnostic différentiel des grosses hernies inguinales, leur pronostic.

Dans le diagnostic différentiel des grosses hernies inguinales d'avec les tumeurs que l'on peut rencontrer dans cette région, nous trouvons des tumeurs réductibles et des tumeurs irréductibles.

Nous trouvons d'abord la hernie crurale. Facilement confondues tant qu'elles n'ont qu'un petit volume, ces deux espèces de hernies ne sauraient être prises l'une pour l'autre lorsqu'elles sont volumineuses. La hernie crurale fait saillie au niveau des vaisseaux fémoraux, la hernie inguinale est scrotale ou labiale.

L'hydrocèle congénitale réductible peut atteindre un gros volume, donner au premier abord lieu à quelques doutes, mais la transparence de la tumeur, jointe à l'ombre que dans son intérieur forme le testicule, est un symptôme assez net pour faire nier l'existence de la hernie.

L'abcès par congestion, dont le pus s'est créé une voie jusqu'aux bourses, peut être pris pour une grosse hernie ingui-

nale, l'état général du malade peut aider à faire le diagnostic différentiel. Les déviations vertébrales seront un symptôme presque pathognonomique, et on sera, si elles existent, en droit de conclure à un abcès. De plus, lorsque par compression on refoule la tumeur vers l'abdomen, le doigt sera presque inconscient du passage du pus, le plus souvent en même temps que la réduction, on voit apparaître une tumeur fluctuante dans la cavité abdominale. La percussion d'un abcès par congestion donne de la matité, cela se rencontre dans la hernie épiploïque, mais la palpation lèvera nos doutes en nous faisant percevoir la fluctuation. Du reste, il est exceptionnel de voir ces abcès froids se faire jour dans les bourses; ils suivent habituellement le psoas iliaque et forment tumeur à la partie interne de la cuisse.

Les tumeurs irréductibles sont, la plupart du temps, diagnostiquées avec facilité. L'hydrocèle de la tunique vaginale sera reconnue à sa transparence, à son point sombre formé par le testicule, l'on peut y ajouter le poids de la tumeur. Il est impossible de confondre avec la grosse hernie inguinale l'hydrocèle enkystée du cordon à cause de son volume et de sa situation. L'hydrocèle et l'hématocèle diffuses du cordon ne laissent aucun doute dans l'esprit sur leur nature à cause de leur forme cylindrique de leur point d'attache à l'épididyme et l'étendue peu considérable de leur diamètre.

Les diverses tumeurs du testicule, lorsqu'elles sont assez volumineuses pour distendre le scrotum, peuvent faire croire à une hernie inguinale volumineuse, mais les antécédents à eux seuls, suffiront pour établir le diagnostic.

Nous venons de citer les différentes tumeurs que l'on pourrait confondre avec la hernie inguinale volumineuse. La hernie ventrale, que l'on ne peut confondre avec la hernie inguinale, doit y être ajoutée, car Buch (1) cite un cas de hernie ventrale

(1) Berlin, *Kliniche Wochensch*, p. 718, 28 novembre 1883; Hayem, t. XXIII, p. 303, obs. XXVI.

qui descendait dans la région inguinale et dirigée en bas et en dedans comme une hernie inguinale externe; mais elle s'en distinguait en ce qu'elle descendait au-devant du pubis et non dans les bourses ; le point inférieur se trouvait dans la peau de la verge, le doigt trouvait le canal inguinal libre, la tumeur juste au-dessus et parallèle à ce canal.

Le diagnostic différentiel de l'engouement de l'inflammation et de l'étranglement nous paraît difficile à établir, car nous savons que soit l'engouement, soit l'inflammation, peuvent donner lieu à l'étranglement et par conséquent, dans beaucoup de cas, il est fort difficile de dire à quel accident se rapportent les symptômes que l'on observe.

L'engouement se distingue de l'inflammation par ce fait qu'il n'y a point de fièvre, que la tumeur n'est point douloureuse, que les vomissements font défaut la plupart du temps et que les symptômes du côté du tube digestif sont de simples éructations et des nausées. L'état général est bon et souvent un purgatif énergique dissipe les symptômes en provoquant la débâcle des matières contenues dans l'anse herniée. Les symptômes peuvent sans doute s'aggraver, mais c'est qu'alors l'étranglement vient compliquer l'engouement.

L'inflammation des trois premiers degrés ne présente aucun symptôme grave; au 4e degré elle peut faire croire à un étranglement, mais lorsqu'on a de l'inflammation simple, l'état général reste bon, il y a de la fièvre, la tumeur a augmenté de volume, est douloureuse, les vomissements existent, mais ils sont plutôt alimentaires et bilieux que fécaloïdes.

L'état général du malade fait diagnostiquer assez facilement l'étranglement. Il n'y a pas de fièvre, le pouls est petit, filiforme, les traits s'altèrent, la tumeur est très douloureuse, les vomissements d'abord alimentaires et bilieux ne tardent pas à devenir fécaloïdes, la température s'abaisse. Nous reconnaissons que ce tableau est plus théorique que pratique ; rarement les symptômes se présentent avec cette netteté et cela se conçoit car souvent l'étranglement vient compliquer soit l'en-

gouement, soit l'inflammation, et il arrive un moment où il est impossible de dire si l'on a affaire à l'une ou l'autre de ces complications.

Le pronostic des grosses hernies inguinales sera par lui-même moins grave que celui des hernies ordinaires, car les complications et surtout l'étranglement y sont moins fréquents.

Le malade pourra n'être incommodé que par le volume de la tumeur qui mérite cependant d'attirer notre attention, car on a vu des malades atteints de hernies si volumineuses, qu'il leur était impossible de se livrer à la moindre occupation.

Malheureusement, certaines complications viennent souvent modifier le pronostic de ces tumeurs. Les douleurs névralgiques ne sont pas rares dans les grosses hernies et les troubles digestifs affaiblissent souvent les malades.

La kélotomie ne nous paraît pas plus grave dans les grosses hernies que dans les hernies ordinaires. Dans une statistique sur le résultat de cette opération dans les hernies inguinales en général, Le Dentu (1) donne sur 1194 cas, 649 guérisons et 545 décès. Dans nos observations, sur 63 opérations, nous trouvons 26 décès et 37 guérisons. La moyenne des guérisons est supérieure, même dans les grosses hernies.

(1) *Bull. de la Société d'anat. de Paris*, 5e série, t. VIII, p. 125.

CHAPITRE VI

Traitement, ses résultats.

Le traitement des hernies inguinales en général doit commencer par être préventif; il est sage de contenir par un appareil les hernies des trois premiers degrés, car nous savons que même les pointes de hernies tendent incessamment, surtout si l'individu est exposé par sa profession à faire de violents efforts, à franchir les autres degrés et à atteindre de gros volumes. Pour les grosses hernies, on devra les maintenir au moyen d'un bandage après les avoir réduites; si une petite partie est irréductible, on aura recours à la pelote concave. Si la hernie est irréductible, on emploiera le suspensoir inextensible et bien appliqué, contention qui opposera toujours une certaine résistance à l'expansion de la hernie. On recommandera aux malades de ne jamais quitter les appareils de contention, car, dans plusieurs cas, les symptômes d'étranglement sont survenus chez des malades qui avaient négligé

de porter le bandage qui contenait habituellement leur hernie. On conseillera aux malades de s'abstenir de faire des efforts, des marches trop longues, de certains aliments, de boissons capables de développer des constipations opiniâtres ou des gaz en trop grande quantité, car sous leur influence peut se développer l'engouement.

La cure radicale a été tentée et a donné quelquefois de bons résultats. Dupont (1) signale le cas de cure radicale dans une grosse hernie qui descendait jusqu'au genou. Léon Montay (2) en signale deux mais il ne conseille l'opération que dans le cas de hernies qui ne peuvent être retenues par un bandage. « M. Poncet (3) distingue les hernies en gênantes et non gênantes. Les dernières ne doivent pas être opérées. Quant aux hernies gênantes inguino-scrotales, elles sont le plus souvent volumineuses. L'intestin a perdu droit de domicile dans la cavité abdominale; on peut souvent opérer la réduction, mais le bandage ne peut la maintenir, le suspensoir est préférable. Dans ce cas, l'intestin est pour ainsi dire acclimaté au dehors de la cavité abdominale, il ne pourrait y séjourner, aussi l'opération ne serait qu'une sorte de barrière de sable qui serait renversée au premier effort. » Sans être aussi catégorique pour rejeter la tentative de la cure radicale des grosses hernies, nous ne la conseillons pas car nous croyons la cure radicale rare, les hernies récidivent habituellement et l'opération n'est pas sans danger. On pourrait la tenter dans les cas de troubles gastro-intestinaux graves ou dans les cas de douleurs névralgiques insupportables.

Lorsque les phénomènes d'étranglement viennent compliquer les hernies, si les accidents ont une marche lente, nous conseillerons les antiphlogistiques, un purgatif énergique, qui met souvent sur la voie du diagnostic, dissipe quelquefois les

(1) *Revue médicale Suisse Romande*, t. I, p. 257, avril, 1881, obs. V.
(2) *Lyon médical*, 1880, janvier, p. 85.
(3) *Idem.*, p. 92.

symptômes d'étranglement. Gosselin, dans ses cliniques, signale le cas d'une femme atteinte de hernie qui, au dire des élèves, présentait les symptômes d'étranglement. L'administration de o g. 50 de calomel uni à o g. 30 de jalap provoqua plusieurs selles et les symptômes disparurent. Hulke (1) signale un cas analogue où l'administration d'un lavement et d'une dose d'huile de croton eurent raison des phénomènes d'étranglement.

La tentative de réduction est le premier soin du chirurgien qui se trouve en présence d'un malade présentant les symptômes d'étranglement d'une hernie. Il aura recours au taxis; mais quel genre de taxis emploiera-t-il ?

Le taxis forcé et prolongé, bien qu'il ait donné de bons résultats dans certains cas de hernie, nous paraît devoir être mis de côté. Souvent en effet la hernie était irréductible longtemps avant de présenter lès symptômes d'étranglement. Ce taxis forcé pourrait entraîner des désordres graves, contusions de parties inconnues, larges déchirures et même des ruptures du sac comme l'a observé Nélaton. Souvent aussi la hernie, quoique réductible, ne peut être maintenue réduite à cause des douleurs violentes qu'elle provoque. La réduction en masse est assez rare mais peut se présenter. Comme le conseille Gosselin, un taxis modéré pendant dix ou quinze minutes fait alors que le malade est sous l'influence du chloroforme nous paraît préférable; encore ne faut-il l'essayer qu'autant qu'on a la certitude que les organes herniés ne présentent pas d'altération profonde. A la suite d'un taxis infructueux, la méthode américaine peut quelquefois réussir, nous avons recueilli un cas de succès dû à M. Bonnemaison (2).

Nous avons aussi une observation de réduction par la bande de caoutchouc après un taxis infructueux due à Morel (3).

(1) *The Lancet*, vol. II, p. 693, 1878.
(2) *Bull. général de thérapeutique.*
(3) Thèse de Paris, 1872.

La ponction aspiratrice peut être faite; elle donne parfois de bons résultats. Brun Buisson (1), s'appuyant sur de nombreuses observations, conseille cette méthode. Bien que Gosselin ne s'en montre pas partisan, nous croyons devoir l'essayer lorsque le taxis modéré aura échoué. On avait craint que la ponction ne livrât passage aux matières, mais il est bien prouvé que les ponctions avec un trocart capillaire n'offrent aucun danger à ce point de vue. On doit donc l'essayer sans crainte. Inutile de dire qu'on ne doit avoir aucun recours à la ponction aspiratrice qu'autant que l'on sera certain qu'on a affaire à un intestin distendu par des gaz ou des liquides.

On pourra aussi tenter la réduction par la bande de caoutchouc.

La kélotomie sera la suprême ressource du chirurgien auquel auront été infidèles les méthodes précédentes. Doit-elle être faite immédiatement? On pourra résoudre la question dans le sens positif, lorsque les symptômes présenteront une marche aiguë, ce qui est rare dans les grosses hernies. Les symptômes étant ordinairement subaigus, on pourra temporiser, tout en ayant recours aux autres moyens de traitement. Toutefois, il ne faut pas tomber dans l'excès en retardant l'opération, car il est arrivé à des chirurgiens distingués de se décider trop tard et de rencontrer, au lieu d'un intestin sain comme le faisait supposer la marche des symptômes, des altérations profondes et même la gangrène de l'anse herniée.

Parmi nos observations où nous avons rencontré un certain nombre de sujets porteurs de hernies présentant des symptômes d'étranglement, nous relatons 1 cas de guérison après l'administration d'un purgatif; 1 autre après la réduction au moyen de la bande de caoutchouc; la méthode

(1) Thèse de Paris, 1872.

américaine a donné 1 cas de guérison alors que le taxis avait été infructueux. Le taxis forcé a déterminé la mort 1 fois; le taxis simple, 9 fois, mais dans 5 cas, il y a eu guérison. La ponction après taxis inutile amena la réduction, mais le malade mourut. Sur 63 cas de kélotomie, nous relatons 26 morts et 37 guérisons.

OBSERVATIONS

Observation I

Due à M. Boursier (inédite).

A. B..., âgé de soixante et un ans, entré à l'hospice des Vieillards, depuis quelques années, est atteint de hernie inguinale droite qu'il a vu apparaître brusquement, il y a vingt-trois ans, à la suite d'un effort. Depuis cette époque, il portait un bandage qui la maintenait réduite. Il y a quatre ou cinq ans, il s'aperçut qu'elle ne rentrait pas complètement. Il continua à porter son bandage et n'y fit plus attention. Le mercredi, 17 juin, à cinq heures du soir, il fut pris subitement de vomissements alimentaires. Pouls normal, température normale. Le ventre n'est ni ballonné ni douloureux. L'interne constate l'existence d'une hernie inguinale droite, de la grosseur d'une belle poire. La peau a sa coloration et sa température normales ; la hernie est à peu près indolente, si ce n'est à la base, c'est-à-dire du côté de la paroi abdominale; matité complète. Après dix minutes de taxis la tumeur n'a pas sensiblement diminué de volume, le malade paraît soulagé, l'interne ordonne un cataplasme laudanisé.

Le lendemain matin, M. le Dr Boursier voit le malade, essaie du taxis sans réduire la hernie, ordonne un bain d'une heure qui devra être suivi d'une nouvelle tentative de réduction. Pas de résultat; on

applique un cataplasme sur la tumeur et l'on donne un lavement laxatif qui ne produit aucun effet. Pas de selle, pas de gaz, toujours quelques vomissements, mais sans caractère particulier. Le pouls est à 80° la température normale.

Le vendredi 19, mêmes symptômes, même traitement.

Le samedi, bain prolongé, nouvelle tentative de réduction sans résultat. Le ventre n'est pas ballonné, la hernie n'est pas plus douloureuse que le premier jour. Quelques vomissements bilieux; le pouls est à 104°.

Le dimanche, le malade n'a encore rendu ni gaz ni matières depuis le premier jour. Les vomissements deviennent fécaloïdes, le ventre se ballonne légèrement, et la hernie devient douloureuse. Un lavement laxatif, administré le soir, amène quelques matières dures.

Lundi matin, pouls 104, température 38°. Opération par M. Boursier. Le malade est préalablement chloroformé. M. Boursier fait une incision de douze centimètres environ le long de la tumeur depuis l'anneau inguinal jusqu'au scrotum. On arrive, couche par couche, jusqu'au sac qui est incisé. Il contenait 150 grammes environ d'un liquide séro-sanguinolent, et se trouvait partagé par des cloisons membraneuses en quatre ou cinq loges communiquant les unes avec les autres. Il présente en outre une anse intestinale faisant à peine saillie dans le sac et présentant une coloration noirâtre; mais, vers son extrémité, elle présente une coloration gris cendré, indice d'une gangrène et d'une perforation imminente. Aussi l'intestin est-il suturé à la paroi inguinale et un flot de matières liquides s'échappe par l'ouverture et continue à s'écouler pendant quelques minutes. Le sac est ensuite réséqué; il est considérable, épaissi dans toute son étendue. La plaie est nettoyée, un gros drain placé dedans et puis refermée par quelques points de suture. Inutile de dire que toutes les précautions antiseptiques ont été prises pendant l'opération. Immédiatement après l'opération, pouls 100, température 36° 8.

Dans la soirée, le malade est très agité; on est obligé de lui attacher les mains; on dirait qu'il n'a pas complètement recouvré ses sens. Pouls 130, température 37° 8; le malade meurt dans la nuit.

Autopsie. — Elle ne nous montre pas de trace de péritonite. Mais en regardant du côté de la cavité abdominale on voit qu'à la suite de l'anse herniée et suturée à la paroi abdominale, il y a environ 4 cent. d'intestin grêle qui présentent une congestion anormale cessant brusquement comme si cette partie d'intestin avait été comprise primitivement dans la hernie et se fût réduite lors d'une tentative. Les

autres organes ne présentent rien d'anormal : le cerveau est sain, le poumon également; le cœur est un peu surchargé de graisse, les reins paraissent normaux.

Observation II

Due à M. Boursier (inédite).

M. J., homme d'une cinquantaine d'années, était depuis une quinzaine d'années environ porteur d'une double hernie inguinale, pour laquelle il portait un brayer double bien fait, mais que le malade appliquait fort mal. D'après ses déclarations, il mettait son brayer « comme on boucle sa ceinture » et jamais l'idée ne lui venait de réduire ses hernies avant de placer son appareil.

Au mois de janvier 1886, ce malade fut pris d'une bronchite assez intense, grave chez lui surtout, parce qu'il avait le cœur malade et qu'il avait éprouvé, il y a un peu plus d'un an, une légère apoplexie qui avait, du reste, été guérie sans laisser aucun trace. Sous l'influence des quintes de toux de la bronchite, ses hernies mal maintenues devinrent douloureuses. Bientôt, tandis que la hernie droite restait absolument réductible comme le constata d'abord son médecin ordinaire M. le Dr Lapeyronie, la hernie gauche devint un peu plus tendue, plus douloureuse et était irréductible, sans qu'il eût été possible à M. Lapeyronie de savoir la date de cette irréductibilité. Au bout de quelques jours, le médecin, inquiet de cette irréductibilité persistante, accompagnée de constipation, me fit appeler en consultation et je vis le malade pour la première fois le lundi 18 janvier 1886.

Au moment où j'examinai le malade, depuis huit jours environ, il n'avait pas eu de selles; la hernie inguinale droite rentrait facilement et se trouvait hors de cause. La hernie inguinale gauche était volumineuse, remplissait et distendait le scrotum, en partie sonore, peu douloureuse à la pression même au niveau du pédicule. Le ventre était légèrement tendu, pas douloureux. Du reste, pas de vomissements d'aucune sorte. La bronchite très intense fatiguait beaucoup le malade.

Le 20, malgré les applications constantes de cataplasme et un ou deux lavements purgatifs, la hernie était dans le même état. L'état général était assez bon; nous crûmes plutôt à un engouement qu'à

un étranglement vrai et M. Lapeyronie et moi convînmes d'administrer au malade un lavement gazeux avec un syphon. Le soir, un premier lavement fut administré et suivi d'une selle légère et le malade fut un peu soulagé ; le ventre un peu tendu depuis le matin diminua. M. Lapeyronie, encouragé par le premier résultat, administra le lendemain un second lavement. Celui-ci n'eut pas le même effet que la veille; son introduction fut douloureuse, la hernie et l'abdomen furent rapidement distendus, et le malade très oppressé. Le soir, très inquiets de cet état, nous crûmes à la perforation intestinale et à un épanchement gazeux dans l'abdomen, mais l'absence des vomissements, la diminution progressive et lente du gonflement nous forcèrent, malgré le gargouillement perçu dans la hernie et la constipation opiniâtre, d'abandonner ce diagnostic.

Le 23 janvier, l'état était le même du moins du côté de la hernie, car l'état général s'était aggravé, la bronchite devenait très intense, l'asystolie se montrait. Le ventre était très tendu ; nous essayâmes de nouveau un léger lavement purgatif qui provoqua bientôt deux selles dont une très abondante de matières solides. Mais dans la journée du 24, les vomissements alimentaires et muqueux se montrèrent; le 25, les vomissements bilieux apparurent et malgré tous nos efforts, le malade fut emporté le 26 par une aggravation très intense des phénomènes thoraciques. Il mourut de broncho-pneumonie avec état asystolique du cœur. Jusqu'au dernier jour, du reste, les signes d'étranglement vrai firent défaut ainsi que les symptômes de la péritonite.

Pour donner à cette observation toute sa valeur, il eût été à désirer de pouvoir pratiquer l'examen microscopique qui seul eût pu nous éclairer sur l'existence des lésions herniaires à coup sûr fort intéressantes. — L'autopsie n'ayant pu être faite, nous sommes forcément réduits à raisonner sur des hypothèses. Beaucoup sont possibles et nous ne voulons point ici les passer en revue. Un seul enseignement peut être tiré de ce fait; c'est que dans les hernies volumineuses les accidents se présentent souvent avec un tableau symptomatique incomplet rendant le diagnostic très difficile; et, dans le cas actuel, il nous est impossible d'affirmer qu'il n'y ait pas eu étranglement bien que le tableau clinique nous paraisse surtout devoir être rapporté à l'engouement. L'autopsie seule eût pu faire la preuve.

Nous n'avons pas cru devoir publier toutes les observations qui nous ont servi de base pour l'étude des grosses hernies. Beaucoup n'offrent d'autre intérêt que leur volume; d'autres ont présenté des symptômes d'étranglement, mais sans particularité intéressante. Quelques-unes ont attiré notre attention et nous pensons satisfaire le lecteur en réunissant les cas, déjà publiés il est vrai, mais épars dans différents ouvrages. Nous les avons quelque peu résumés.

Observation III

Un religieux, cinquante ans, avait depuis sa jeunesse une hernie scrotale pour laquelle il n'avait jamais porté de bandage, quoique dans les derniers temps il eût des coliques presque continuelles. La hernie augmenta tout à coup de volume et s'étrangla à la suite d'un effort. L'intensité des symptômes détermina Scarpa à entreprendre l'opération. Celle-ci exécutée, le chirurgien trouva l'intestin adhérent d'une manière si intime à la paroi postérieure du sac herniaire, environ un pouce au-dessous de l'anneau inguinal, qu'il eût été impossible de les séparer sans courir le risque de l'entamer. Il se contenta, après un débridement convenable, de couvrir l'intestin avec les côtés du sac herniaire et d'appliquer sur la plaie des compresses imbibées d'eau tiède. Les symptômes d'étranglement disparurent. Un mois après guérison. — Scarpa, *Traité des hernies,* p. 163.

Observation IV

L.., âgé de vingt-cinq ans, entre, le 20 juin 1882, chez Petit; la veille, sans cause appréciable, douleur abdominale, vomissements verdâtres, ventre tuméfié. A son entrée à l'hôpital, état grave, face grippée, langue bilieuse, pouls petit, précipité, ventre ballonné, douloureux,

vomissements verdâtres, fièvre, diarrhée. Grosse hernie datant de vingt ans, une fois étranglée mais réduite et maintenue par un bandage. Depuis six mois irréductible. Actuellement peu douloureuse sauf au niveau du collet; elle était irréductible, pâteuse, mate. A part cette hernie et l'alcoolisme invétéré aucun accident pathologique. Depuis quelques semaines, diarrhée abondante, amaigrissement, perte de force.

Diagnostic. — Vieille entéro-épiplocèle irréductible, péritonite aiguë généralisée avec péritonite herniaire.

Les jours suivants tout s'aggrava. Bientôt zone de matité dans les flancs prouvant qu'il y avait du liquide ascitique; le 14, le malade mourut en plein collapsus péritonique.

Autopsie. — Péritonite généralisée, foie volumineux avec cancer; la hernie est une pure entérocèle formée par l'intestin grêle et le gros intestin au niveau de l'S iliaque et du rectum. Adhérences assez intenses, l'anse herniaire avait des parois épaisses, inégales, résistantes, charnues; au niveau de l'insertion, mésentérique tumeur cancéreuse. — CHAUFFARD, *Bul. Soc. d'anat.*, Paris, 1882, p. 350.

OBSERVATION V

La tumeur descendait jusqu'au genou et empêchait tout travail. Opération qui dura deux heures et quart; le testicule droit fut énucléé. L'écartement des piliers n'était pas aussi considérable qu'on l'aurait cru. Avant de suturer, Dupont aggrandit l'ouverture pour lier profondément. La convalescence fut régulière à part la gangrène de la peau du scrotum qui s'élimina. Pour remédier à la faiblesse des parois abdominales on établit un clayonnage au moyen d'anses de catgut. — DUPONT, *Revue médicale de la Suisse Romande*, t. I, p. 257, avril 1881.

Observation VI

Malade qui portait une hernie depuis quelques années se réveilla une nuit en sursaut avec des symptômes d'étranglement. Les moyens ordinaires ayant échoué, l'opération fut pratiquée quarante heures environ après l'étranglement. La tumeur était volumineuse; en descendant, elle s'était glissée dans l'intervalle des parties qui constituent le cordon, l'artère et les veines descendaient à son côté interne, le canal déférent à sa partie antérieure. Le malade expira vingt-quatre heures après l'opération. — Asthley Cooper, *Anat. et traité des hernies,* London, 1814, traduit par Richelot, 1841.

Observations VII, VIII, IX

Trois sujets, vingt-trois ans, vingt-deux et vingt, ayant des hernies volumineuses qui descendaient dans le scrotum et avaient pour sac la tunique vaginale. Chez tous trois, symptômes d'étranglement accentués, vomissements fréquents devenus fécaloïdes. Chez les trois, tentative de réduction inutile; chez le troisième, ponction sans succès. Tous présentaient le testicule au fond du sac scrotal, la hernie était péritonéo-vaginale, l'étranglement siégeait à l'orifice supérieur. Mort. — Gosselin, *Clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité,* t. III, p. 501.

Observation X

Roux a opéré une hernie inguinale droite étranglée comprenant, outre une anse intestinale, une portion de la vessie reconnue pendant l'opération. Hernie volumineuse existant depuis l'enfance. Bandage

depuis l'âge de vingt et un ans. Etranglement depuis trois jours; plusieurs tentatives de réduction inutiles. En haut et en dehors prolongement assez dur, en bas et en dedans plus molle. Opération simple au début, débridement, réduction, pas d'adhérences. L'intestin réduit, il vit une petite partie lisse, polie, saillir à la partie interne du sac; facilement réductible, elle ressortait; croyant à du tissu adipeux, il fit une incision et un jet d'urine jaillit. Malgré les évacuations, les symptômes d'étranglement persistèrent et le malade mourut vingt-six heures après l'opération. Les parois vésicales étaient peu épaissies. La plus grande partie de la vessie est engagée dans le sac herniaire, elle présente au niveau du collet de la hernie un rétrécissement. — *Bull. Société de chirurgie,* 1853, t. III, p. 368 et 392.

Observation XI

T., soixante-dix-neuf ans, portait une hernie volumineuse qu'il contenait incomplètement avec un bandage. Fonctions digestives bonnes; le 4 février, la hernie ne rentre pas. Tumeur pyriforme occupant les bourses et recouverte de la peau de la verge avec pédicule très volumineux, se prolonge dans le canal inguinal. A l'aine droite, autre tumeur irréductible indolore. Broca ne put réduire et prescrivit un lavement de tabac qui amena une selle. Bain de deux heures, nouveau taxis inutile; une heure après le malade réduit sa hernie, mais elle ressort le lendemain. Il y avait eu un léger écoulement de sang par l'anus. Vers deux heures, l'hémorrhagie recommença et mourut avec signes d'une hémorrhagie abondante.

Autopsie. — Le péritoine contient 350 gr. de sang liquide noirâtre, séreuse saine, anses intestinales imbibées de sang, vaisseaux gorgés de sang, mésentère rosé épaissi très dur, ganglions hypertrophiés, le sac herniaire contient du sang, l'intestin grêle contenu est violacé, le mésentère épaissi est pris pour l'épiploon, les parois intestinales sont épaissies, indurées, injectées finement, les follicules et les plaques de Peyer sont saillantes, pas d'ulcérations. — Piedvache, *Bul. Société d'anatomie,* Paris, 1861, p. 46.

Observation XII

J., homme de quarante ans, porte depuis vingt ans une hernie volumineuse inguinale qui descend dans les bourses et arrive à deux centimètres du genou. Pas de troubles digestifs, marche pénible et fatigante, surtout entérocèle. Parois abdominales, hypogastre très gras, épigastre et ombilic plats, cavités du ventre diminuées. Thiry emploie la compression progressive.

Début du traitement le 22 juin 1880, séance tous les huit ou dix jours. 28 août, tumeur diminuée de moitié ; à partir de ce jour séance quotidienne ; 10 septembre, après quarante-cinq minutes de taxis, réduction totale dans l'abdomen, sac compris. Bandage avec pelote triangulaire très large. Pendant le traitement, le malade n'a éprouvé d'autre trouble que de la constipation. En novembre, la réduction était maintenue; les organes génitaux avaient un volume normal. — Chiry, *Bull. Acad. de méd. de Belgique*, t. XV, nº 6, 1881.

Observation XIII

Homme, trente-huit ans, atteint de grosse hernie entéro-épiploïque réductible en partie. A la suite d'efforts, elle sort, devient irréductible, volumineuse, car une nouvelle quantité d'intestin était sortie: taxis pendant dix-huit heures sans résultat; hoquet, nausées, vomissements d'abord alimentaires, puis de matière jaunâtre à odeur fécaloïde; pas d'excréments, mais liquide de l'intestin grêle qui prend la forme d'une purée brune avec odeur caractéristique, médecin appelé pratique taxis inutile. La tumeur était formée de trois portions; la supérieure placée au-dessous du pli de l'aine; la deuxième descendait dans les bourses; la troisième formée par le testicule. L'opération fut décidée ; on constata une hernie inguinale externe entéro-épiploïque ayant un sac à deux loges; l'intestin était bleu, débridement facile, réduction aussi. Dans l'après-midi, selle; le soir, agitation extrême, pas de douleur du

ventre, mais tension considérable. Pouls fréquent, nausées ; le lende main, mort par péritonite aiguë, cyanose du membre supérieur.

Autopsie. — Intestin coloration noirâtre, mais intact ; grande quantité de sang dans le bassin ; le sac a deux loges séparées par une bride fibreuse, mais étrangère à l'étranglement qui siégeait à l'orifice abdominal du canal. — Leçons de Nélaton, recueillies par Giletте, *Bulletin Soc. d'anat.*, Paris, 1862, p. 27.

Observation XIV

X., cinquante ans, hernie inguinale volumineuse, mal contenue. 9 octobre, la hernie sortie ne put être réduite, vomissements colorés, tumeur douloureuse bilobée, taxis inutile. Bain de deux heures, nouveau taxis sans résultats, accidents d'étranglement, vomissements fécaloïdes. Opération. Incision, pas de trace d'étranglement, intestin irréductible, ponction amenant 50 grammes de liquide, réduction, le pouls se relève, mais mort le lendemain.

Autopsie. — Tympanite, pas de péritonite, sérosité transparente dans le bassin. Hernie constituée par un bout d'intestin grêle ; pas de trace de gangrène. — Ledeberden, *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1868, p. 530.

Observation XV

Homme, soixante-cinq ans, avait eu dans son enfance une hernie guérie à l'aide d'un simple bandage. A l'âge de quarante ans, nouvelle hernie du même côté, n'ayant jamais été maintenue, elle acquit un volume considérable, devint irréductible ; la digestion se faisait dans le scrotum. Symptômes d'étranglement. Mort.

Autopsie. — Hernie formée par le côlon descendant, ses parois sont considérablement grossies en plusieurs points, leur surface dure inégale ; le canal inguinal est entièrement libre, n'offre pas d'étrangle-

ment, l'intestin est libre, pas d'adhérences, de sorte que l'irréductibilité tenait à l'hypertrophie des viscères renfermés dans le sac et dont le volume dépassait de beaucoup la capacité de l'anneau et du canal. — Signorani, professeur à Padoue, *Ann. univ. de méd.*, juin 1837.

Observation XVI

Homme, quarante-cinq ans, atteint de hernie scrotale ayant 16 centimètres de haut sur 10 de large. Le taxis réduisait la tumeur, mais en appuyant sur l'abdomen, elle ressortait. A la dissection, le sac uni au collet contenait 1/4 de verre de liquide rougeâtre, tissus très épais, fibreux; la partie réduite était l'épiploon envahi par de la graisse, il paraissait comme étranglé par l'anneau, et avait attiré le côlon; l'angle de réunion du côlon ascendant et du côlon transverse s'appuyait sur l'anneau inguinal. L'estomac était très déformé, les extrémités cardiaque et pylorique étaient en place; il était allongé, replié sur lui-même; la partie la plus inférieure était au niveau de l'angle sacro-vertébral, le cæcum était en place, l'intestin grêle était en arrière de l'estomac et du côlon sans déplacement total. — Michon, *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1858, p. 2.

Observation XVII

Homme de trente-trois, atteint de hernie congénitale dont le volume déterminait une gêne considérable. Une hydrocèle aiguë énorme compliquait son état, elle fut ponctionnée sans soulagement. Weis se décide à opérer, il enlève une masse épiploïque pesant une livre et demie; la masse fut liée en deux et coupée au niveau de l'anneau interne. Après une dissection minutieuse du cordon, le prolongement péritonéal fut lié en masse, la plaie drainée suppurée et pansée au sublimé. Guérison en dix jours, cicatrice solide sans tendance à l'éventration. — Robert Weis, *New-York surgical Society*, 10 mars 1885.

Observation XVIII

Tumeur volumineuse de la région inguinale droite complètement irréductible chez un vieillard de soixante-quinze. Elle est formée d'une hydrocèle congénitale surmontée d'un sac herniaire; ces deux tumeurs ont un sac commun, le canal déférent contenu dans l'épaisseur du sac commun ne peut être séparé sans déchirure du sac herniaire. En ouvrant le sac, on trouve du pus formé par l'inflammation de l'épiploon; la paroi interne présente un revêtement pultacé jaunâtre, quelques caillots sanguins. On n'y trouve aucune anse intestinale, mais après avoir sectionné la tumeur on est étonné de reconnaître en arrière de la paroi postérieure du sac la surface de section d'un fragment d'intestin, on peut reconnaître que le viscère hernié est le cæcum dont le fond a été sectionné, il dépassait de 2 centimètres environ l'anneau inguinal externe, mais pas assez pour que l'ouverture ait porté sur l'ouverture iléo-cæcale, l'appendice vermiculaire est intact. — Bard, *Lyon médical*, 1875, 11° 22 mai.

Observation XIX

Femme de quarante-sept ans, atteinte de hernie inguinale droite maintenue par un bandage. Le 31 octobre 1876, en balayant un grenier, elle ressent de fortes crampes abdominales; elle continue, le soir elle sent du liquide lui couler de long des jambes, ressent des douleurs plus fortes, fait appeler M. Frey qui constate dans la région inguinale une grosse hernie et sur le côté interne une déchirure portant sur le sac et les téguments qui le recouvrent. Les intestins se font jour au dehors. Frey aggrandit l'ouverture et réduit, la réduction de l'intestin grêle fut facile, celle du cæcum météorisé plus laborieuse, des symptômes de péritonite se montrèrent, on suspendit l'opération pour la terminer deux heures après; le sac inclsé fut réuni, première garde robe le

12e jour après un lavement simple, il y eut peu de suppuration et a plaie se trouva cicatrisée au bout de 15 jours. La malade dit que 15 jours avant elle avait trouvé un peu de sang et de pus dans sa chemise, mais qu'elle pensait que cela venait du vagin. Frey ne trouva pas de trace de l'abcès présumé. — Hayem, t. XI, p. 642.

Observation XX

Une femme de cinquante-quatre ans souffrait depuis 10 ans d'une hernie inguinale volumineuse et ne portait pas de bandage. Dans les deux derniers mois, à la partie inférieure, s'était produite une surface de peau humide. Dans une marche simple sans effort appréciable le sac creva. Elle s'assit, les viscères étaient sur le sol, elle les enveloppa dans son jupon courut chez elle et se coucha. Schœffer appelé réduisit l'intestin, ferma la plaie avec une sorte d'attelle et une suture à bouton. D'abord il y eut des vomissements incoercibles et des douleurs d'estomac atroces, mais le 4e jour, il y eut une selle, la douleur disparut et la blessure guérit avec un peu de suppuration en 9 jours. La semaine après la malade quitta le lit; la hernie était soutenue par un suspensoir et il arriva une convalescence facile et la possibilité de reprendre le travail. — Bairuches, *Arzth tutelligenzbi*, n° 19, § 202 (1883).

Observation XXI

Homme atteint d'hémiplegie sans contractures portait depuis longtemps une énorme hernie inguino-scrotale irréductible; mort.

Autopsie. — On trouve à la partie inférieure, vers le fond du sac, un foyer de matières fécales; ce foyer est l'S iliaque aplati, adhérent si intimement aux parois du sac qu'il fait partie intégrante du sac lui-même, l'intestin grêle est libre, l'S iliaque présente une anse qui tapisse d'abord la face antéro-latérale par le fond et la face postérieure et le contourne avec le rectum en sortant du collet. La portion antérieure

est donc en avant de l'intestin grêle, sa proportion postérieure est en arrrière, l'S iliaque a été coupé au point où il s'enfléchit pour devenir d'antérieur postérieur, il est probable que peu à peu le méso-côlon s'est moulé sur la paroi du sac par inflammation adhésive et le côlon iliaque s'y est pris à son tour par adhérences celluleuses, altérations cérébrales, poumon congestionné. — Boussi, *Bul. Soc. anat.*, Paris, 1878, p. 59.

Observation XXII

D....., âgé de trente-six ans, entre à l'hôpital le 1er février. Il porte depuis trente-cinq ans une hernie inguinale mal maintenue. A trois reprises, phénomènes d'étranglement durant quelques heures. Le 30 janvier, garde-robe sans difficulté; à midi, malaise. La hernie est sortie sans effort; depuis, il n'y a eu ni gaz ni selles. Le 1er février, vomissements; le 2, la hernie a augmenté de volume; les bourses sont distendues, le pédicule volumineux, la peau vascularisée sans œdème, le ventre est douloureux, la face grippée. Deux fois, on essaie en vain le taxis; bain; le 3, opération. On incise le sac, on y trouve une anse d'intestin grêle de vingt-cinq centimètres avec épiploon. Quantité considérable du mésentère; en arrière, une petite anse étranglait la première et était mollasse, légèrement dépolie. Débridement en avant sur l'arcade: réduction facile. Après l'opération quelques vomissements. Première selle le 6; légère péritonite avec fièvre et accélération du pouls; à partir du 9, amélioration qui se maintient. Mais, survient une diarrhée rebelle avec coliques. Le 3 mars, élévation de la température, ventre ballonné, amaigrissement notable, dépérissement à partir du 5, dyspnée, mort le 14 avec cyanose intense.

Autopsie. — Oblitération lamelleuse au niveau du collet du sac, adhérences de l'intestin au niveau de l'orifice interne, et des anses entre elles. Péritonite circonscrite dans le petit bassin contenant un liquide noirâtre à odeur infecte. L'intestin est perforé dans trois endroits, la muqueuse est altérée. Collection purulente à la face inférieure du foie, face interne de la vésicule gris blanchâtre. La peau est

intacte. Le poumon congestionné à la base, le cœur sain. Thrombose des veines iliaques primitives et de la veine cave inférieure sans œdème des membres inférieurs. — Leroux, *Bul. Société d'anatomie*, Paris, 1877, p. 148.

Observation XXIII

Un homme fort replet était incommodé d'une hernie inguinale ancienne et volumineuse. Des accidents d'étranglement survinrent et J.-L. Petit décida l'opération. L'incision faite, l'intestin ne put être réduit; il n'y avait pas lieu de croire à des adhérences et J.-L. Petit jugea que le principal obstacle était l'embonpoint excessif du malade. Le pansement fut fait de façon à rapprocher l'intestin de l'anneau et de le disposer à rentrer dans le ventre. La suppuration, la diminution de l'embonpoint permirent à l'intestin de rentrer insensiblement. La convexité de l'anse intestinale resta au bord de l'anneau, l'exfoliation de la tunique extérieure de cette portion d'intestin servit de point d'appui à la cicatrice qui se faisait de la circonférence au centre. Le malade guérit par une consolidation parfaite de la plaie. — J.-L. Petit, *Mémoire à l'Académie de chirurgie*, t. IV, p. 316.

Observation XXIV

Esclamadon, âgé de cinquante-quatre ans, de Blanquefort, entré à l'hôpital Saint-André de Bordeaux le 23 octobre 1866. Le malade est atteint d'une hernie inguinale gauche, elle sortait et rentrait facilement. Cet homme est charretier, et le 22 octobre, sous l'influence d'un effort, sa hernie sortit plus volumineuse et ne put être réduite. A son entrée à l'hôpital la tumeur est volumineuse et mate sans douleur, taxis inutile, bain, 24 et 29, même état; le 26, éructations fréquentes, vomissements bilieux, ventre ballonné douloureux, constipation opiniâtre. M. Labat fait l'opération; les parties herniées sont

une anse intestinale rougeâtre, un peu brune; masse épiploïque fortement congestionnée vers la partie médiane, noirâtre inférieurement. L'anse intestinale paraît peu pressée. M. Lebat débride mais ne peut réduire. Il ponctionne alors l'anse intestinale mais les féces sortent difficilement goutte à goutte, nouveau taxis sans succès. Alors l'opérateur fend l'intestin qui donne issue à une quantité abondante de matières fécales. L'opérateur dispose tout pour l'anus contre nature. Le malade meurt de péritonite le 28.

Autopsie. — Péritonite injectée, quelques fausses membranes, le grand épiploon passe au-dessous de l'anse intestinale en dedans et va ressortir en dehors dans le sac herniaire, pas d'épanchement stercoral. — Thèse de Marc Girard, 1868.

Observation XXV

Bernard Ricard, cinquante-huit ans, menuisier, entre à l'hôpital Saint-André de Bordeaux le 25 juin 1865, il est affecté, depuis vingt ans, d'une hernie inguinale volumineuse facilement réductible, devenue irréductible depuis deux jours; M. Lanelongue a vu le malade à la visite de trois heures et juge que l'opération doit être pratiquée immédiatement.

L'incision des enveloppes herniaires, l'ouverture du sac, la mise à nu de l'anse intestinale sont sans difficultés. On débride le sac, mais lorsqu'il veut réduire, l'opérateur éprouve des difficultés insurmontables; il débride de nouveau et réduit, mais au moment où il ne restait plus qu'une faible partie de l'anse herniée, un liquide grisâtre ou fétide s'échappe au travers des doigts de l'opérateur. On pense que c'est du pus formé dans le péritoine, on termine la réduction, le pansement est fait, onguent napolitain sur l'abdomen, glace, le malade mourut deux heures après d'une péritonite généralisée. — Thèse de Marc Girard, 1868.

Observation XXVI

Paysan, soixante ans, atteint, depuis des années, d'une tumeur de la grosseur du poing dans la région inguinale, partiellement réductible, indolore, mate, dirigée en bas et en dedans comme une hernie inguinale externe, mais descendant au devant du pubis, canal inguinal libre.

Après quelques jours de constipation absolue, météorisme, nausées, vomissements. Busch opéra. Peau et tissu cellulaire unis; Busch vit un sac complet qui s'était fait jour par un orifice ovale dans l'épaisseur du grand oblique et ne renfermant que de l'épiploon non enflammé mais adhérent; l'anneau inguinal était libre et le doigt se heurtait contre une anse intestinale qu'on reconnut appartenant au côlon. Vue la faiblesse du sujet, Busch crut devoir ouvrir un anus artificiel sur l'anse distendue; après suture de la plaie pariétale au péritoine, il ouvrit l'intestin et le fixa aux parois et au sac. Pendant les deux premiers jours, l'opéré eut des selles abondantes, mais dès lors se développa un phlegmon étendu et le malade succomba le huitième jour de l'opération avec élévation de température, langue sèche, pouls fréquent et irrégulier.

L'autopsie montra que l'anse ouverte était l'S iliaque qui, par suite d'une rotation sur son axe, avait gagné le côté droit de l'abdomen. Le canal du sac hernière traversait les parois abdominales parallèlement au canal inguinal, l'orifice interne était au-dessus de l'interne du canal, l'externe de même. Le canal inguinal ne contenait que le cordon. — Berlin, *Kliniken Wochensah*, p. 178.

Observation XXVII

Un homme de soixante ans, porteur d'une hernie qui lui descendait jusqu'au milieu de la cuisse, fut opéré par Arnaud. Il existait depuis cinq jours des vomissements fécaloïdes. A l'ouverture du sac, les

intestins furent trouvés adhérents, et gangrénés dans bien des endroits. La confusion dans laquelle étaient tombées les parties par es adhérences charnues et épaissies et la modification de la plus grande portion de l'intestin, décidèrent l'opérateur à emporter tout ce qui était hors du ventre. Plus de sept pieds d'intestin furent enlevés; les deux bouts qui restèrent et sortaient à travers l'anneau étaient formés par le côlon et l'iléon. Ces deux bouts de boyaux étaient tellement serrés par l'anneau, que les matières fécales ne pouvaient sortir. Un débridement fut fait et permit à ces matières de sortir avec abondance. Le malade guérit en six semaines et conserva par la suite un anus contre nature. — Arnaud, *Traité des hernies*, t. II, p. 215, observation XVIII, Paris, 1749.

Observation XXVIII

Homme, cinquante-deux ans, porteur depuis l'âge de vingt ans d'une hernie inguinale. 2 avril 1880, étranglement. Paliard fait l'opération, trouve l'intestin gangrené dans une grande étendue; il resèque $0^{m}69$ d'intestin et établit un anus contre nature. Ultérieurement, dans la même année, on tente l'oblitération de l'anus. Après cinq séances, l'entérotome a créé une issue suffisante au passage des matières, selles à peu près normales, la fistule ne laisse échapper quelque chose qu'après un copieux repas. En 1882, le malade subit une opération qui réussit. Par la dissection, l'avivement des bords et la suture, on obtient une guérison complète. — Truc, *Lyon médical*, 4 juin 1882.

Vu bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,
Dr LANELONGUE.

Vu : *le Doyen,*
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 15 mars 1886.

Le Recteur de l'Académie,
H. OUVRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

RICHTER..... *Traité des hernies*, traduit par Rougemont.

ASTHLEY COOPER..... *Anatomie et traitement chirurgical des hernies*, traduit par Richelot, 1841.

SANSON..... *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques*, Paris, 1833.

LAUGIER..... *Dict. de méd.*, 30 V., Paris, 1837; art. *Hernie*.

MALGAIGNE..... Leçons cliniques sur les hernies, *Gaz. des hôpitaux*, 1854.

EYDRIGIEWIEZ..... *Hernies abdominales*, Thèse, Paris, 1854.

DURET..... Thèse d'agrégation, Paris, 1883.

GOSSELIN..... *Leçons cliniques sur les hernies abdominales*, Paris, 1865.

GOSSELIN..... Thèse d'agrégation, Paris, 1844.

GOSSELIN..... *Clinique chirurgicale à la Charité*, t. III, 1879.

FOLLIN et DUPLAY..... *Traité de pathologie externe*, t. VI, 1879.

SCARPA..... *Traité des hernies*, traduit par Cayol, 1812.

MAUNDER..... *Leçons cliniques sur les hernies étranglées*, t. III, 1866.

X..... *The Lancet*, 1876-77-78-79-83. and reports, Clinical lectures, London, 1865-1866.

BOURGNER (d'Aix)..... Mémoire sur l'étranglement des hernies compliquées d'adhérences anciennes et d'irréductibilité, *Bull. méd. et chir.*, 1880.

BROCA	Thèse d'agrégation, *Etranglement des hernies abdominales*, 1853.
COULON	Thèse, Paris, 1863.
MOREL	Thèse, Paris, 1859.
PLANQUE	Thèse, Paris, 1861.
DELAUNAY	Thèse, Paris, 1877
COMOZ	Thèse, Paris, 1867.
BERTHOLLE	Thèse, Paris, 1858.
SANSON	*Journal universel et hebdomadaire de médecine et chir. pratiques*, Paris, 1831.
DIEUZÈDE	Thèse, Paris, 1862.
BONNEMAISON	*Bull. gén. thérapeutique*, 1874.
BARD. LÉON MONTAY	*Lyon médical*, 1875-80-82.
FABRE	*Dict. des Dict. de médecine*, t. IV.
TIRMAN	Thèse, Paris, 1863.
X	*Arch. générales de médecine*, 1876.
X	*Bull. Soc. de chir.*, Paris, 1853-65.
X	*Arch. gén. de chir.*, 1862-67-76.
X	*Dict. de médecine*, 1824, t. XI.
X	*Gazette hebdomadaire des sciences de Bordeaux*, 1880.
CHEVALIER	Th. doct., Paris, 1881.
LUNEAU	Th., Montpellier, 1871.
MOCQUIN	Th., Montpellier, 1866.
X	*Revue thérapeutique du Midi*, 1855.
MARC-GIRARD	Thèse, Paris, 1868.
X	*Société d'anatomie*, 1841-43-55-56-58-61-62-68-77-78-80-82-83.
LEDOUX	Thèse, Paris, 1873.
X	*Revue mensuelle de chir.*, 1880.
MICHEL	Thèse, Paris, 1870.
COLSON	Thèse, Paris, 1874.
X	*Bull. acad. méd.*, 1835.
X	*Bull. acad. méd.*, Belgique.
HAYEM	T. II-VI-XI-XV-XIX-XXII-XXIII-XXVI-XVII.

Bordeaux. — Imprimerie O.-L. FAVRAUD, rue Porte-Dijeaux, 91.